



Mauro Corbani, percorsi, materiali diversi su tela, 2005

Regione Toscana, Formazione GAP di Area Vasta
Arezzo, giovedì 10 maggio 2007.
Workshop "Il gioco d'azzardo patologico:
dalla teoria alla pratica clinica".

Il ruolo della famiglia nel trattamento integrato del gioco d'azzardo.

Laura Masini, psicologa, coordinatrice del Centro Provinciale Di.Gio.Co., SerT zona 1, Follonica, Az. USL 9 di Grosseto



Mauro Corbani, percorsi, materiali diversi su tela, 2005

**Che cosa si è fatto finora al
Centro Provinciale
Di.Gio.Co.**

**Dipendenze da Gioco d'azzardo
e Comportamentali**



Negli anni 2002-2006 si sono rivolti
al nostro servizio:

21 giocatori patologici,
tutti **maschi**,
età media **41 anni** (dai 29 ai 62),
provenienti soprattutto dal territorio delle
Colline Metallifere e dalla **città di Grosseto**,
prevalentemente **sposati**, **istruzione media**,
lavoratori dipendenti,
giocatori soprattutto di **corse dei cavalli** e di
slot machines.

Patologie correlate:

- 3 (dipendenza da sostanze psicoattive, SerT),
- 1 (in carico al SSM),
- 3 (rilevanti patologie organiche invalidanti).

In **13** casi
uno o più familiari
hanno partecipato alla
consulenza o al trattamento.

Il primo contatto è in genere telefonico ed è raccolto dalla psicologa che propone un appuntamento per una **consulenza** rivolta al giocatore e/o ai suoi familiari.

Qualora telefoni il giocatore si suggerisce di portare un familiare e viceversa, se è quest'ultimo a telefonare si propone di venire a parlarne anche se il giocatore non è disponibile.

Durante la consulenza:

si raccolgono le prime informazioni sulla gravità del gioco d'azzardo e sulle sue conseguenze,
si spiega brevemente che cosa sia il disturbo di gioco d'azzardo patologico (secondo il DSM-IV, l'ICD-10 ed il concetto di dipendenza),
si valuta la motivazione e la disponibilità al cambiamento,
l'opportunità di un approfondimento diagnostico da parte del medico e si informa della possibilità di un supporto farmacologico,
si propone l'apertura della cartella e la somministrazione del SOGS con l'assistente sociale nel colloquio successivo.

Nel caso in cui siano presenti il giocatore con i suoi familiari, si prospetta **un percorso terapeutico integrato fra incontri individuali e congiunti con i familiari**, si propone al giocatore un primo colloquio psicologico individuale e si dice ai familiari che possono contattare l'operatore in caso di bisogno, informandoli che è necessario capire meglio la situazione, che si concorderanno altri incontri assieme e che l'eventuale trattamento richiederà un tempo non breve.

Può essere necessario discutere già alcune iniziative e modalità per il controllo del sintomo e utile introdurre il principio dell'importanza di responsabilizzare il giocatore riguardo ai propri debiti.

L'assistente sociale:

raccoglie i dati socio-anagrafici del giocatore,
indaga su eventuali altre problematiche di dipendenza esistenti,
sulla situazione economica, legale e penale e sui bisogni di natura assistenziale.

Somministra il **SOGS**, il risultato del quale è restituito al giocatore nel successivo colloquio psicologico.

Il colloquio psicologico clinico

è orientato alla conoscenza della persona nell'interazione hic et nunc e attraverso il racconto della propria storia.

Ciò permetterà, insieme ad eventuali test di personalità somministrati, di fare delle ipotesi sulle problematiche profonde sottostanti il disturbo di GAP e sul significato del sintomo.

**Una riflessione
fra letteratura scientifica
ed esperienza clinica.**

Perché coinvolgere i familiari?

Coinvolgere i familiari.

Per che cosa?

Coinvolgere i familiari.

Sempre?

Coinvolgere i familiari.

Come?

Perché coinvolgere i familiari?

1. L'assenza della domanda d'aiuto da parte del giocatore.

R. De Luca (2001) scrive che è consigliabile che la famiglia arrivi prima del giocatore per introdurre il cambiamento, al quale il giocatore è ostile.

S. Oliva (2002) ricorda che il giocatore arriva in una fase iniziale di precontemplazione o contemplazione, letteralmente portato, frequentemente, da qualche familiare o amico. Heineman (1994) proponeva 4 incontri, a partire dalla telefonata di un familiare o amico, finalizzati a coinvolgere più persone della rete sociale del giocatore per elaborare le loro emozioni e preparare strategie (lettere) orientate a portare il giocatore (5° incontro) ed a motivarlo al trattamento.

Filippo

32 anni, coniugato, è portato, 4 anni fa, dai suoi genitori che chiedono per lui una CT poichè si sono già rivolti a uno psicologo, privatamente, che non ha proseguito per la mancanza di motivazione di F.



Il suo percorso terapeutico ha coinvolto inizialmente sia i genitori che la moglie, finchè non è stato pronto a proseguire da solo: non gioca da 2 anni ed è molto cambiato.

Perché coinvolgere i familiari?

2. La sofferenza della famiglia.

I familiari possono provare (G. Lavanco, L. Varveri 2006) :

- **la confusione**

Che cosa è successo? Non lo riconosco più!

Le mogli di **Martino**, **Italo** e **Rino** avevano sempre contato sui loro mariti per tutte le necessità della famiglia. Li conoscevano come persone oneste e responsabili nei confronti loro e dei figli. Insieme avevano affrontato tante difficoltà, anche con successo, condividendo delle scelte importanti nell'interesse di tutta la famiglia.

- **l'autocolpevolizzazione**

Che cosa ho sbagliato? Non mi vuoi più bene? Non mi ami più?

E' il tarlo della moglie di **Italo** che somatizza e che avrà bisogno di una psicoterapia individuale, a sua volta, per affrontare problematiche vecchie e nuove.

- **l'isolamento sociale**

Si sfalda la rete sociale di sostegno parentale e amicale anche per il familiare.

La moglie e la figlia di **Rino** sono arrabbiate con tutti: con lui che le ha ingannate, con i parenti, i vicini ed i conoscenti che non hanno fatto niente per fermarlo e che non le hanno avvertite. Il risultato è l'acuirsi dei conflitti e di problematiche già esistenti che accrescono la povertà delle relazioni sociali della coppia coniugale.

- **l'incapacità a reagire**

Si possono manifestare nei familiari reazioni depressive, insonnia, ansia, disturbi psicosomatici, perdita di interessi e assenteismo dal lavoro per correre dietro ai congiunti arrivando fino a pedinarli.

E' successo alle figlie e alla moglie di **Martino**: quest'ultima diceva di dovere rinunciare al lavoro per sorvegliarlo e tutte e tre avevano bisogno di tenersi costantemente in contatto per sapere sempre dove lui fosse per potere prontamente intervenire, l'una o l'altra, per sottrarlo a quella macchinetta mangiasoldi dove lui perdeva la dimensione del tempo e dello spazio.

Alcuni si riferiscono al gap come a un disturbo della famiglia (*family disease*, Heineman, 1994) e suggeriscono che è auspicabile e giusto da un punto di vista etico aiutare la famiglia del giocatore come il giocatore.

Il **partner** di un giocatore patologico può sperimentare uno stress psicologico significativo che richiede un apprendimento per fronteggiare l'ansia e la depressione (R. G. Rychtarik, N. B. Mc Gillicuddy, 2006)

I **genitori** del giocatore possono avere bisogno di aiuto perché il gap del figlio non diventi motivo e preoccupazione centrale di tutta la loro vita. (M. Heineman, 1989).

I **figli** di giocatori patologici hanno maggiore rischio di sviluppare problematiche sociali (scolastiche e lavorative) e psichiche (disforia e dipendenza da tabacco, droghe, alcol, cibo, gioco). (D.F. Jacobs, A.R. Marston, R.D. Singer, K. Wideman, T. Little, J. Veizades, 1989).

P. Darbyshire, C. Oster, H. Carrig (2001) descrivono un'esperienza di perdita pervasiva (***pervasive loss***), a livello fisico ed esistenziale, nei bambini e adolescenti (7/18 anni) che vivono in una famiglia dove c'è un problema di gioco dei genitori (riguardo ai loro genitori, alle relazioni, alla verità, alla sicurezza, ai beni materiali).

Fra le **conseguenze a lungo termine**: uno studio di Heineman (1987) ha trovato che il 69% delle mogli di giocatori patologici sono cresciute in una famiglia dove la dipendenza dall'alcol e/o dal gioco erano presenti.

Perché coinvolgere i familiari?

3. Le problematiche familiari sono la causa e/o la conseguenza del GAP.

La famiglia, gli amici e le reti sociali possono:

1. favorire l'inizio del comportamento di dipendenza,
2. contribuire al suo sviluppo,
3. soffrire a causa della dipendenza,
4. essere un fattore protettivo contro lo sviluppo della dipendenza,
5. influenzarne la cura. (Michael Stanton, 2004)

La qualità delle relazioni con la famiglia e con gli amici influenza probabilmente l'inizio del gioco e la sua progressione nella patologia. I pochi studi che hanno esaminato questa connessione suggeriscono che la solitudine ed i problemi familiari possano contribuire al coinvolgimento nel gambling (Grant e Kim, 2002; Haroon, Gupta e Derevensky, 2004; Lesieur e Blume 1991).

Uno **studio di Trevorrow e Moore** (1998) su donne australiane ha riscontrato un punteggio più alto nelle giocatrici problematiche, rispetto al gruppo di controllo, nella scala della solitudine e nell'alienazione, nonostante la comparabilità delle loro reti sociali.

Gli autori concludono che la solitudine e l'approvazione sociale del gioco potrebbero essere sia la causa che la conseguenza del problema di gioco e che la relazione fra il gioco problematico e la qualità delle reti sociali è complesso: una rete sociale forte e supportiva può essere protettiva se allevia la solitudine, ma può anche essere dannosa se le norme del gruppo incoraggiano un comportamento a rischio come il gioco d'azzardo.

In un approccio sistemico-relazionale C. Guerreschi (2002)

indica il giocatore come *paziente designato* e considera il sintomo del gioco patologico come risposta alla situazione familiare disfunzionale.

In quest'ottica il GAP ha la valenza di un prezzo che il sistema è disposto a pagare pur di non modificare le proprie regole e mantenere la propria omeostasi.

La remissione del sintomo senza un cambiamento nelle relazioni e nella comunicazione non è duratura: può presentarsi una ricaduta nel GAP con il rischio di una rottura del sistema o uno spostamento del sintomo.

Più prudentemente, **M. Coletti** (2001) sottolinea che il trattamento del GAP dovrebbe tenere in debito conto il contesto relazionale di riferimento del giocatore,

sia che si concepisca la famiglia come un fattore causale nella genesi della dipendenza da gioco,

sia che la si consideri come un contesto che soffre delle conseguenze derivate dal sintomo,

sia che si ipotizzi che la famiglia o il partner potrebbero essere risorse utili per motivare il soggetto ad affrontare il problema.

R. De Luca (2002) applica i livelli di cambiamento secondo Bateson G.(1985):

il **cambiamento a livello 0** corrisponde all'informazione e alla raccomandazione di smettere (ma il giocatore continuerà),

il **cambiamento a livello 1** è quando il giocatore accetta la regola e smette di giocare (ma non sono state rimosse le cause che lo rendono vulnerabile, sembra che ogni problema sia scomparso, ma si continua a ruotare intorno a giocare-non giocare),

il **cambiamento a livello 2** si verifica quando il problema non è più giocare-non giocare ma emergono ansia, rabbia e angoscia, relative a una vita senza particolari rischi e non più condotta al limite, che devono essere elaborate fino alla riappropriazione della propria vita e ad una ristrutturazione delle relazioni e del sistema familiare.

Quando **Rino**, 62enne, arriva al Servizio, accompagnato dalla moglie e dalla figlia, ha smesso di giocare. La moglie sostiene che debba andarsene da casa, ma cambierà idea nei giorni successivi. La figlia (che ha una propria famiglia e vive in un'altra città) è preoccupata della possibilità di una separazione dei genitori. I coniugi non riferiscono problematiche nella propria famiglia ma entrambi hanno avuto difficoltà con le rispettive famiglie d'origine: lui si è sempre sentito rifiutato e lei ha subito numerosi lutti e perdite precoci e si è sentita a sua volta rifiutata dai suoceri. La signora vive ritirata fra le mura di casa, non ha amicizie, rimugina sul passato, non concepisce svaghi di nessun tipo. Lui dice sempre che va tutto bene, in verità evita di contrariarla per non sentirsi rimproverato e per limitare le sue lamentele, mantenendo i propri giri ed interessi fuori casa. Quando la figlia suppone che il padre abbia avuto una ricaduta (perché ha scoperto che lui ha prelevato una modica cifra, non vuole dirlo alla moglie e si giustifica dicendo che i soldi datigli dalla moglie erano stati insufficienti per delle spese sostenute) lo coprirà allo scopo di proteggerlo e di salvare il matrimonio dei genitori: arriveranno infatti in terapia la figlia ed il padre senza la signora. Si discuterà la situazione finché non sarà chiara la paura di entrambi e la figlia si sentirà in colpa verso la madre e arrabbiata verso il padre. Poi riuscirà ad aiutarlo a parlarne con la moglie e lui stesso si sentirà meglio e più disponibile a discutere dei suoi problemi di relazione.



Alcune ricerche indicano che i problemi coniugali sono la causa più frequente di ricaduta e che migliorano con il trattamento del GAP (R.W. Wildman, 1989; C.J. Hudak Jr., R. Varghese, R. Politzer, 1989; C. Lorenz, 1989).

Anche la famiglia, come il giocatore, passa attraverso degli stadi successivi:

durante la **luna di miele** le somme giocate sono contenute, le vincite vengono godute in famiglia e rafforzano l'immagine di sé del giocatore.

La **cecità**, caratterizzata dal diniego dei familiari e dall'incapacità di capire che cosa sta succedendo.

La **barriera fra i coniugi**, quando il giocatore nasconde le perdite in attesa di rifarsi.

La **crisi familiare** inizia quando si scoprono i buchi nei conti correnti ed arrivano le richieste dei creditori.

E' il crollo della fiducia.

A queste fasi corrispondono stati emotivi diversi
che si succedono:

dalla spensieratezza alla **confusione** e all'**angoscia**,
poi l'**incredulità** e la **sorpresa**,
subentrano la **rabbia** per essere stati ingannati e la
paura che il giocatore porti la famiglia alla rovina e
per le sue condizioni psichiche,
la **delusione** per la fiducia tradita,
il **senso di colpa** per non avere capito prima e per
l'idea di vendetta/abbandono,
l'**illusione del controllo**,
l'**impotenza** per la continuazione del gioco e per
non vedere delle soluzioni,
la **disperazione** e la **vergogna** per la propria
reputazione e per quella della famiglia,
infine è spesso l'aut-aut del partner, ora pronto a
mettere in atto la propria minaccia, che induce il
giocatore a fermarsi.

Le mogli di **Filippo**, **Rino**, **Italo**, **Simone** e **Gianni** hanno manifestato seriamente la loro intenzione di lasciarli e questo ha comportato l'interruzione del gioco e l'arrivo al servizio.

Allo stesso tempo avevano già deciso di riparare ai danni economici con l'aiuto dei parenti e cercato di attuare delle forme di controllo sul giocatore.

Nella drammaticità della situazione si assiste, non di rado, alla co-presenza di spinte espulsive e di rottura insieme a modalità protettive e di aiuto.

In questi casi si può forse aprire uno spazio di contrattazione fra familiari e giocatore.

Coinvolgere i familiari.

Per che cosa?

1. **Accogliere la disperazione e gestire l'intensità delle reazioni emotive** (che possono talvolta travalicare i dati della situazione reale).
2. **Arginare la tendenza del giocatore al drop-out** (nella salvaguardia della terapia come libera scelta) **motivandolo alla cura** (vedi le conseguenze del gioco sulla famiglia, a livello economico, psicologico e relazionale; le ragioni di una richiesta di aiuto specialistico; le aspettative di cambiamento).
3. **Comprendere il disturbo del GAP** (hanno bisogno di ricevere informazioni per capire il comportamento del giocatore).
4. **Aumentare la fiducia e ampliare la rete delle persone coinvolte** (per contrastare la tendenza all'isolamento e alla vergogna).

5. **Monitorare l'andamento del gioco** (possibilmente promuovendo l'astinenza) e gestire il denaro del giocatore (**tutoraggio economico**) con tutte le reazioni emozionali che provoca in chi controlla e in chi è controllato (è utile ricordare che *l'infantilizzazione* del giocatore avrà un'evoluzione nel tempo).
6. **Pianificare le perdite ed i debiti di gioco** insieme al giocatore (comporta il dolore di ricordare il denaro buttato, in genere difensivamente sottostimato/rimosso dal giocatore, e la capacità di responsabilizzarlo in un piano di risarcimento).
7. **Organizzare il tempo libero** (recuperare o scoprire interessi e divertimenti).
8. **Comprendere il significato del sintomo.**
9. **Migliorare le relazioni intrafamiliari.**
10. **Modificare lo stile di vita della famiglia.**

Coinvolgere i familiari.

Sempre?

- **Non sempre è possibile:** per l'assenza di familiari o altri di riferimento, perché non disposti a collaborare, per il rifiuto del giocatore.
- **Non sempre è necessario coinvolgere i familiari in tutto.** Talvolta è indispensabile un approfondimento e una rielaborazione dei nodi del passato insieme ai familiari, ma in altri casi (v. soprattutto i punti 7,8,9,10) gli stessi obiettivi possono essere conseguiti anche come risultato di un lavoro terapeutico di tipo individuale.
- **Potrebbe non essere indicato:** è bene valutare sempre ogni situazione con attenzione.
- **Ma può essere determinante, per il successo della terapia, affrontare con i familiari alcuni di questi punti.**

La moglie di **Simone** telefona e si concorda un appuntamento al quale decide di venire da sola. Si impegna a parlare con il marito ed è disposta a collaborare. Dopo qualche giorno telefona Simone per un colloquio individuale. Esclude il coinvolgimento della moglie (che purtroppo non si farà più sentire) e continuerà a rifiutarlo. All'inizio si impegna a non giocare, ma non ce la fa. E' depresso e penso che abbia bisogno di un supporto farmacologico, ma rifiuta la visita medica. E' molto scontento di sé e della sua vita familiare, lavorativa e sociale, infelice e triste si illumina soltanto quando parla del gioco. Infatti deciderà di interrompere la terapia per continuare a giocare, nella convinzione di non avere altre soddisfazioni nella propria vita.

Da allora ho imparato una mossa in più per non farmi giocare: un primo colloquio con il giocatore insieme al familiare che ha domandato aiuto.

Coinvolgere i familiari. Come?

Le storie di **Filippo**, **Italo** e **Rino** sono molto diverse ma hanno alcune caratteristiche comuni: un disagio rilevante nel rapporto con i propri genitori fino dall'infanzia, relazioni coniugali fortemente ambivalenti, difficoltà a riconoscere le proprie emozioni ed a comunicarle. Inizialmente, tutti e tre riferivano amore e stima nei confronti delle mogli, verso le quali provavano sensi di colpa a causa del gioco. Erano molto dipendenti dal loro affetto, che temevano di perdere, ma incapaci di avere un dialogo. Chi più accondiscendente e chi più evitante apparivano confusi e inadeguati sul piano relazionale, in fuga da ogni situazione conflittuale. Il gioco serviva loro per scaricare quelle tensioni che non riuscivano a trovare un canale di espressione nei loro rapporti interpersonali e soprattutto nella relazione coniugale.

Il GAP si alimentava delle loro problematiche irrisolte. Quest'ultime sono state affrontate a diversi livelli di profondità e di partecipazione dei familiari, con modalità integrate e diversamente articolate, di volta in volta, fra un approccio individuale, di coppia e familiare.

Per **Filippo** la presenza dei familiari è stata utile, probabilmente indispensabile, nella fase iniziale della terapia, poi è stato ridimensionato il ruolo dei genitori a favore del coinvolgimento della moglie, che poi non c'è stato, ma la ristrutturazione familiare è avvenuta nel mondo interno di Filippo che ha modificato le proprie relazioni familiari. Invece, nel caso di **Italo** la partecipazione della moglie ha scandito tutti i passaggi significativi della terapia, mentre per **Rino** è il coinvolgimento dei familiari (moglie e figlia) che tuttora permette lo sviluppo del trattamento.

Dalla **psicoeducazione** (Capitanucci D., Carlevaro D., 2004) ai gruppi di familiari (Gam. Anon.), ai **gruppi multifamiliari** (De Luca, 2002), alla **psicoterapia di coppia e familiare** (Coletti M., 2001; Guerreschi C., 2002) esistono modalità diverse alle quali attingere.

Per poterne discutere in maniera più approfondita nel nostro territorio, a partire da questo contributo sulla situazione attuale, è prioritario:

1. **sensibilizzare i nodi di una ipotetica rete** costituita da agenti, che si presume possano entrare in contatto con i giocatori e i loro familiari, per inviarli al Centro Provinciale Di.Gio.Co. presso il SerT di Follonica.
2. **La formazione continua degli operatori** di diversa professionalità, per meglio usufruire di più risorse formate e articolare gli obiettivi del trattamento entro setting differenziati.

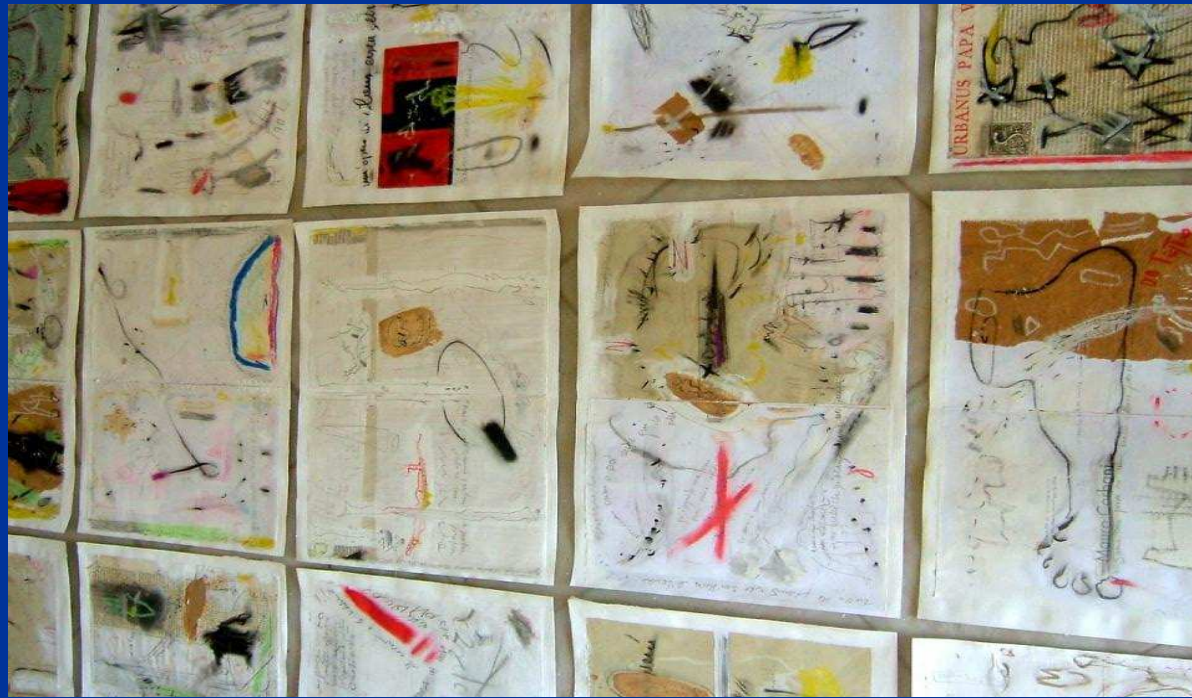
Bibliografia

- Bateson G.(1985), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Capitanucci D. Carlevaro T.(2004) *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*. Hans Dubois. Bellinzona.
- Carlevaro T. (2002). *La famiglia, la codipendenza, la terapia*. Convegno Gioco d'azzardo e famiglia, Milano 18 aprile, www.stpauls.it/cisf/document.htm.
- Coletti M. (2001) *L'impatto del gambling compulsivo sulle dinamiche relazionali*, in *Il gioco e l'azzardo* a cura di M. Croce e R. Zerbetto, Franco Angeli.
- Croce M. (2002) *Un mondo di numeri e riti*, *Famiglia Oggi*, 4, 24-31.
- Darbyshire P., Oster C., Carrig H. (2001) *The experience of pervasive loss: children and young people living in a family where parental gambling is a problem*. *Journal of Gambling Studies*, 17(1), 23-45.
- De Luca R. (2001) *I gruppi per giocatori d'azzardo e le loro famiglie*, in *Il gioco e l'azzardo*, a cura di M. Croce e R. Zerbetto, Franco Angeli.
- De Luca R.(2002) *Gruppi terapeutici per giocatori d'azzardo e familiari: l'esperienza di Campoformido*, in *La vita in gioco*, a cura di D. Capitanucci e V. Marino, Franco Angeli.
- Grant, J. E., Kim S. W. (2002) *Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment*. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 56-62.
- Guerreschi C. (2002) *Trovare un equilibrio nuovo*, *Famiglia Oggi*, 4, 32-36.
- Hardoon, K., Gupta, R., Derevensky, J. (2004). *Psychosocial variables associated with adolescent gambling*. *Psychology of Addictive Behavior*, 18(2), 170-179.

- Heineman M. (1989) Parents of male compulsive gamblers: clinical issues/treatment approaches. *Journal of Gambling Studies*, 5(4), 321-333.
- Heineman M. (1994) Compulsive gambling: structured family intervention. *Journal of Gambling Studies*, 10(1), 67-76
- Hudak Jr.C. J., Varghese R., Politzer R. (1989) Family, marital and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 5(3), 201-210.
- Jacobs D.F., Marston A.R., Singer R.D., Wideman K., Little T., Veizades J. (1989) Children of problem gamblers. *Journal of gambling Studies*, 5(4),261-268.
- Lavanco G. e Varveri L. (2006) Giocatori d'azzardo, familiari e caregivers: quali interventi? In "Reti d'azzardo" a cura di Biganzoli A., Capitanucci D., Smaniotto R., Edizioni And-In-Carta.
- Lorenz C. (1989) Some treatment approaches for family members who jeopardize the compulsive gambler's recovery. *Journal of Gambling Studies*, 5(4), 165-178.
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991), When lady luck loses: women and compulsive gambling. In N. Van Den Bergh (Ed.), *Feminist perspectives on addictions*. New York: Springer Publishing Company.
- Oliva S.(2002) Il privato si muove, *Famiglia Oggi*, 4, 49-53.
- Rychtarik R. G., McGillicuddy N.B.(2006) Preliminary of a coping skills training program for those with pathological-gambling partner. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 165-178.
- Stanton M. (2004) Gambling problems: relationships and social networks. Introduction. *The Wager*, 9(49). Parte2. *The Wager*, 9(50). Parte 3.*The Wager*, 9(51).

Grazie

della vostra attenzione



Mauro Corbani, percorsi, tecniche miste su carta, 2005